

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

88

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Dietrich WEISNER

Né le 3 Novembre 1909, à Cernauti (Roumanie)

Valeur et Fréquence
de
l'Hypertension Artérielle
chez les Jeunes

Président : M. L. TANON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V°)

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Dietrich WEISNER

Né le 3 Novembre 1909, à Cernauti (Roumanie)

Valeur et Fréquence de l'Hypertension Artérielle chez les Jeunes

Président: M. L. TANON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V°)

1936

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LA VASTINI
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
	LEREBOUILLET
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	PROUST
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
	MULON
Professeurs sans chaire	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri ..	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgi- cale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie patholo- gique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIEDELIEVRE ...	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLET-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE,

Faible témoignage de ma profonde affection
et de ma grande reconnaissance.

A MA FIANCEE.

A MON FRERE RUDOLF (in memoriam),

A MON FRERE HERMANN,

A MES BELLES-SŒURS,

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE,

A MES FUTURS BEAUX-PARENTS,

A M. LE PROFESSEUR L. TANON,

*Officier de la Légion d'Honneur,
Membre de l'Académie de Médecine,*

*Membre du Conseil Supérieur d'Hygiène
du Département de la Seine,*

*Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive
à la Faculté de Médecine*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Nous lui adres-
sons nos sincères remerciements.

A M. LE DOCTEUR HALBRON,

Médecin des Hôpitaux de Paris,

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de
cette thèse, avec l'expression de notre pro-
fonde reconnaissance.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE TOULOUSE

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A NOTRE JURY DE THESE.

INTRODUCTION ET PLAN

Le temps n'est pas loin, où l'on ne pensait même pas que l'hypertension pût se voir chez les jeunes, l'hypertendu était, par définition, un homme d'âge mûr, atteint de néphro-artério-sclérose. Or, aujourd'hui, si l'hypertension reste toujours l'apanage de la cinquantaine, nous savons qu'elle se rencontre même dès le plus jeune âge et aussi que son pronostic est tout à fait différent chez le jeune et chez le vieillard.

L'étude de 1.500 malades environ, venus à la consultation de notre maître Halbron à l'Hôtel-Dieu nous a permis de constater la fréquence de l'hypertension, en général, la place qu'y occupe l'hypertension des jeunes, celle des formes associées et isolées, l'étiologie ou plutôt, les étiologies, mais aussi l'absence de toute cause évidente dans un certain nombre des cas, sa valeur enfin.

Nous avons pris comme limite d'âge la cinquantaine et considéré comme hypertendu tout individu dont la maxima et la minima dépassaient respectivement les chiffres 17 et 9, la tension étant prise avec le sphygmanomètre de Vaquez-Laubry.

Nous allons donc présenter tout d'abord notre statistique, dire un mot de la pathogénie qui reste toujours

obscur, étudier ensuite l'étiologie, en rapportant les observations des différentes formes cliniques et que nous croyons intéressantes étant donné les aspects très différents sous lesquels nous rencontrons ce syndrome, pour donner finalement l'opinion que nous nous sommes fait sur la valeur et la fréquence de l'hypertension chez les jeunes.

STATISTIQUE

Sur un nombre de 1.500 malades, environ, venus à la consultation et, en partie, hospitalisés, 331 présentaient une tension, dont la maxima dépassait 17, la minima 9, soit un pourcentage de 22,6.

Sur ces 331 hypertendus, 181, dont 140 hommes et 41 femmes, sont âgés de plus de 50 ans, soit : 50,4 %.

Parmi ces 181 malades (âgés de plus de 50 ans), 137 nous arrivent avec un cœur en décompensation, chez 31 nous ne trouvons aucune étiologie évidente, chez 3 malades nous pouvons dépister la syphilis, 3 présentent des phénomènes d'angine de poitrine, un est diabétique, un présente des crises d'asthme et un, une maladie de Basedow.

Voilà pour les malades de plus de 50 ans. Quelle est maintenant la fréquence de l'hypertension au-dessous de 50 ans ?

Entre 50 et 40 ans.

Sur les 331 hypertendus, 84, dont 62 hommes et 22 femmes, soit : 25,3 %, sont âgés entre 40 et 50 ans.

Parmi eux, 39 viennent consulter pour le cœur et dont l'examen trouve un myocarde en décompensation, chez 38 aucune étiologie certaine, 2 sont des tuberculeux, 1 présente

un goitre, 1 présente une neuro-rétinite-Brightique, chez 2 nous pouvons dépister la syphilis, chez 1 le diabète.

Entre 40 et 30 ans.

Sur le même nombre d'hypertendus (331), 38, dont 31 hommes et 7 femmes, sont âgés de 30 à 40 ans, soit : 11,4 %.

Sur ce chiffre, 15 sont des cardiaques ou des cardio-rénaux, chez 17 aucune étiologie certaine, 2 viennent consulter pour crises d'épilepsie, 1 est asthmatique, 1 obèse, 1 basedowien, 1 syphilitique.

Au-dessous de 30 ans.

Nous trouvons 28 cas d'hypertension, dont 22 hommes et 6 femmes, sur un nombre total de 331 hypertendus, soit : 8,4 %.

Parmi eux, 9 sont des cardiaques ou des rénaux, 13 à étiologie non certaine, 1 asthmatique, 1 épileptique, 2 tuberculeux, 1 présente une maladie de Basedow, 1 une neuro-rétinite du type Brightique.

En résumé, sur 331 hypertendus, nous trouvons :

a) 255 hommes et 76 femmes.

b) 181 âgés de plus et 150 âgés de moins de 50 ans.

L'examen du cœur et des vaisseaux de nos malades nous permet de découvrir soit une lésion aortique évidente, soit une lésion valvulaire, soit un cœur en décompensation, chez 200 malades hypertendus.

Aucune étiologie certaine chez 103 malades hypertendus.

Pour les autres affections :

4 sont tuberculeux ; 3 asthmatiques ;

3 épileptiques ; 3 Basedowiens ;

- 2 diabétiques ;
- 2 présentent une neuro-rétinite Brightique ;
- 2 des crises d'angine de poitrine ; 1 un goître ;
- 1 de l'obésité ; 7 la syphilis.

Dans l'énumération précédente nous n'avons pas tenu compte de l'âge. Voyons, maintenant, la même statistique ne s'appliquant qu'aux malades âgés de moins de 50 ans.

Sur les 150 hypertendus jeunes :

Cardiaques	63
Aucune étiologie	68
Tuberculeux	4
Epileptiques	3
Basedowiens	2
Asthmatiques	2
Neuro-rétinite-Brightique	2
Diabétique	1
Obésité	1
Goître	1
Syphilis	3

Nous sommes obligés à faire toutes les réserves en ce qui concerne la syphilis. Il ne nous a pas été possible de voir exactement combien de fois elle est en cause, étant donné que les malades nous arrivent à la consultation sans examen de laboratoire préalable. Chez les jeunes nous ne l'avons pu mettre en cause que trois fois, sur 150 cas d'hypertension.

Evidemment, c'est peu, surtout quand on tient compte des statistiques des différents auteurs :

Vaquez trouve 128 syphilitiques sur 1.000 hypertendus ;

Fiessinger 32 % ; Péliissier 26 % ; Heitz 18 % ; Etienne trouve 63 %.

Mais, l'hypertension peut bien coïncider avec la syphilis, sans que cette dernière soit la véritable cause de la première.

PATHOGENIE

La pathogénie de l'hypertension reste toujours obscure. Laubry et Doumer cherchent l'origine de l'hypertension dans un dérèglement du mécanisme régulateur de la pression sanguine, dérèglement auquel participent dans des proportions variables tous les éléments capables d'assurer le bon fonctionnement de ce mécanisme : système nerveux, système de la vie organique, glandes endocrines, humeurs, viscères. Mais chaque cas présente une particularité, une note qui prédomine, et voilà pourquoi la valeur de l'hypertension n'est pas la même dans tous les cas.

ETIOLOGIE ET ETUDE CLINIQUE

Comme nous l'avons montré précédemment, il ne nous a pas toujours été possible de trouver une étiologie certaine dans un bon nombre des cas.

Envisageons donc les cas, où nous avons pu rattacher l'hypertension à l'une des étiologies suivantes :

A. *L'hypertension associée* à quelque affection rénale ou artérielle n'intervient pas dans le pronostic : ces malades sont souvent en danger du fait de leur néphrite ou de leur affection artérielle, et non du fait de leur hypertension.

B. *Les hypertensions isolées* sont beaucoup plus intéressantes à étudier et d'une valeur pronostic tout à fait différente.

1. *L'hypertension hérédosyphilitique*

Pour Génévrier et Brenniel toute hypertension pure chez l'enfant est un stigmate certain d'hérédosyphilis. Pour Pélissier, l'hypertension chez l'enfant n'est pas forcément hérédosyphilitique. De même, Laubry attribue à la syphilis héréditaire un rôle étiologique de premier plan.

En ce qui concerne la *syphilis acquise*, elle peut donner lieu précocement à l'hypertension, mais son pronostic reste toujours fonction de l'évolution de la spécificité.

OBSERVATION I

M. Br... J., étudiant, 23 ans. Vient consulter le 19-11-35 parce que, depuis trois mois, il se plaint de douleurs dans la région précordiale, survenant surtout le soir dans le décubitus.

— En outre, dispnée d'effort (en montant les escaliers).

— Depuis six mois le malade est traité pour syphilis (acétylarsan, Bi), actuellement : sulfarsénol et Quinby.

— Rien à signaler dans les antécédents fam. et coll.

— Il y a trois ans le malade a eu une angine à fausses membranes, suivie d'asthénie prolongée.

Examen du cœur : pointe abaissée ; bruits normaux.

Foie normal ; rate : percutable ; réflexes normaux.

T.A. : $17\frac{1}{2}$ - 10. Alb. : 0. S. : 0.

2. *La tuberculose*

Malgré sa réputation d'affection hypotensive, nous avons pu citer dans notre statistique quelques cas de tuberculose, s'accompagnant d'hypertension. Ici encore, le pronostic est fonction de l'évolution de l'affection : l'hypertension regresse avec l'amélioration de la maladie.

OBSERVATION II

Mlle R... S..., 21 ans, consulte le 8-10-35 pour toux avec expectoration, dyspnée. Aurait eu des crises d'asthme guéries par l'Evatmine. Traitée depuis un certain temps pour une lésion pulmonaire.

T.A. : $17\frac{1}{2}$ - 9. Alb. : 0. S. : 0

3. *Le diabète*

Nous avons trouvé un seul cas d'hypertension chez un diabétique, sur 150 hypertendus jeunes. Faut-il incriminer le diabète dans la genèse de cette hypertension ? Nous n'y croyons pas.

4. *Hypertension traduisant un déséquilibre endocrinien*

a) Maladie de Basedow. Nous avons trouvé deux cas de Basedow sur 150 hypertendus jeunes. En dehors de la symptomatologie Basedowienne, le reste de l'examen de ces malades a été complètement négatif. Certains auteurs en font une cause d'hypertension.

b) L'obésité. Il est indiscutable que l'obésité peut être un facteur d'hypertension. Traitée, l'hypertension s'améliore, disparaît même ; non traitée elle est d'un pronostic fâcheux par le fait même qu'elle devient permanente.

OBSERVATION III

Mlle Sch... S., 17 ans. Soignée depuis deux ans pour hypertension, découverte par hasard. Les troubles fonctionnels coïncident avec l'époque où elle a commencé à engraisser (depuis deux ans, puberté). Antécédents fam. : père mort (P. G. ?) ; mère morte de congestion cérébrale à 46 ans.

Antécéd. pers. : jamais malade, ni scarlatine, ni néphrite. Ex. Malade floride. Tr. fonct. bouffées de chaleur et tr. vasomoteurs. Cœur : clangor du deuxième bruit.

T.A. : 17 - 10. B.W. : négatif. Urée sanguine : 0,30. Alb. : 0. S. : 0. M.B. : + 36%. Examen complet : rien d'anormal. Bien réglée. On institue un traitement à l'Eranol. Le 1^{er}-7-35 (après un mois) : T.A. : 13 - 8, très bon état, cœur normal. Le 7-10-35 : bon état. T.A. : 15-10.

OBSERVATION IV

Mme L..., 35 ans. 3-11-35. La malade consulte pour augmentation de son poids : 7 kg. en 5 mois (1 kg. $\frac{1}{2}$ par mois, les deux derniers mois). Dyspnée d'effort, pas de palpitations, ni céphalée, mais, brouillard devant les yeux. Règles peu abondantes, durant deux jours. Bien portante auparavant. Opérée pour hémorroïdes l'an dernier. Deux

enfants de 8 et 15 ans. Examen : cœur normal ; poumons normaux ; foie normal ; réflexes normaux ; pas de leucoplasie. T.A. : 17-12. Urines : pas de sucre, pas d'albumine.

c) Citons encore le surrénalome hypertensif qui donne une hypertension d'un pronostic grave et que peut améliorer passagèrement la radiothérapie.

La scarlatine, l'arthritisme, le saturnisme, l'insuffisance ovarienne ont parfois été incriminés comme facteurs d'hypertension chez les jeunes.

5. *L'hérédité et les hypertensions à origine inconnue.*

En établissant notre statistique nous avons été très impressionné par le grand nombre des hypertensions, où nous ne pouvions pas trouver aucune étiologie. Evidemment, la pathogénie nous échappe en grande partie, mais, ne pourrions nous mettre, en partie au moins, bon nombre de ces cas sur le compte du facteur hérédité ? D'autant plus, qu'à l'interrogatoire de nos malades nous avons souvent pu constater chez leurs ascendants, des morts subites, des hémorragies cérébrales, des affections cardiaques.

Des statisticiens américains ont trouvé, sur 300 hypertendus, 68 % à ascendants ayant présentés des affections cardio-vasculaires. Vaquez incrimine l'influence héréditaire dans 42 cas sur 1.000. C'est à propos de ces malades, à ascendants hypertendus, que nous ferons les plus grandes réserves.

La plupart du temps les malades sont venus nous consulter pour :

- Des palpitations ;
- De la dyspnée d'effort ;
- De l'essoufflement.

D'autres sont venus pour :

- Des céphalées persistantes ;
- Bourdonnements d'oreille ;
- Insomnie ;
- Vertiges.

Aussi souvent : rien que pour des douleurs précordiales.

Plus rarement pour :

- Des troubles oculaires ;
- Epistaxis ;
- Hématuries ;
- Métrorragies.

Et voilà, très schématiquement, presque toute la symptomatologie fonctionnelle. Eh bien, si pour ces maladies on a généralement tendance à prendre la tension, on n'en fait pas toujours autant pour ceux qui viennent consulter pour d'autres affections, comme :

- L'asthme ;
- La tuberculose ;
- L'épilepsie ;
- Le Basedow ;
- L'obésité ;

et pourtant nous avons vu que l'hypertension accompagne parfois ces affections.

L'examen sphymomanométrique est d'une grande importance. Mais, il ne suffit pas d'avoir fait un seul examen pour pouvoir émettre un pronostic. Aussi, une hypertension n'a-t-elle pas toujours la même valeur. Elle disparaît avec la guérison dans certaines maladies qu'elle accompagne ; elle peut persister après la guérison de la

maladie ; elle peut être permanente et présenter des poussées paroxystiques ; enfin, son importance est souvent fonction de la cause productrice. Elle peut être influencée ou persister malgré tout traitement.

OBSERVATION V

Mme R... S..., s. prof. 29 ans. Vient consulter le 1-10-35 pour des palpitations, crises d'étouffements, surtout au moment des règles, à l'effort, après des émotions. Durée : 1/4 d'heure, avec vertiges et troubles vaso-moteurs ; jamais la nuit. Malade bien réglée. Très nerveuse.

Ant. : Diphtérie à 8 ans ; rougeole ; un point de pleurésie à 17 ans ; méningite (?) ; convulsions, très jeune. Mère bien portante ; deux frères bien portants ; mari et un enfant bien portants.

Examen : Cœur : tachycardie, parfois une extrasystole. Deuxième bruit claqué à la base.

T.A. : 20-13½ ; 17-11 après repos. Poumons : n. ; foie : n. ; réflexes : n. ; pas d'Argyll. ; Alb. : 0 ; Sucre : 0.

3-12-35. — Amélioration. Une seule crise en 2 mois. Pouls régulier, rapide : 100. T.A. : 12½-7. Auscultation : cœur normal ; deuxième bruit, un peu claqué.

Bosedow fruste ? Tr. : Sugol. Métabolisme + 35%.

OBSERVATION VI

M. G... J..., 29 ans. Vient consulter le 18-12-35, envoyé par son oculiste avec diagnostic de : neuro-rétinite du type Brightique.

Ant. pers. : rougeole à 5 ans, présente un proriasis de la jambe gauche depuis 4 ans.

Ant. fam. : mère et père en bonne santé. Depuis 4 mois environ, le malade souffre souvent de céphalée, le matin surtout, en se le levant.

Examen : poumons : n. ; rate : n. ; foie : n.

Pas de température ; réflexes : n.

Cœur : bruit de galop. T.A. : 20-14½. .

Urine : Alb. : 1 gr. 50 ; sucre : 0.

Sang : urée : 0 gr. 30 ; B.W. : négatif.

OBSERVATION VII

Mme R..., 44 ans. Le 1-2-35 la malade est amenée d'urgence ayant été trouvée sans connaissance. A la consultation l'interne reconnut une malade qu'il avait déjà soignée à Tenon pour diabète léger.

Aux premiers instants de son entrée la malade, en état précomateux, répondait à peine aux questions qu'on lui posait. Mais, au bout de quelques temps, après lui avoir laissé prendre un peu de repos, on a pu apprendre par l'interrogatoire, qu'il y a un an elle a été amenée à Tenon en plein coma diabétique. Elle sortit améliorée. Au mois d'octobre 1934 elle fut transportée à l'Hôtel-Dieu en état de coma un peu moins accentué que la première fois.

L'analyse de ses urines montre alors 900 gr. de sucre pour 10 litres d'urine par 24 heures. Tr. insulinique. Ne suit pas strictement le régime. La veille de son entrée elle déclare avoir bu 10 litres de thé.

Antéc. : coesarienne à l'âge de 18 ans, suivi d'ictère ;

sciatique ; opération au genou droit, il y a 4 ans. Malade extrêmement nerveuse, très agitée, crises de colère.

Examen : corpulence anormale, pèse 93 kilos ; hyperesthésie cutanée très importante ; épigastralgie ; prurit généralisé.

App. dig. : semble normal ; poumons : n. ; App. cardio-vasculaire : bruits normaux. T.A. : 18-12.

Réflexes, Achilleens et rotuliens normaux à gauche, abolis à droite.

Examen des urines : sucre + + +. Alb. : 0.

Résultat de la glycémie : 1 gr. 45 par litre.

A l'âge de 38 ans : arrêt des règles et depuis la malade a commencé à grossir pour arriver jusqu'à 100 kilos. Institution d'un traitement énergique, la malade sort de l'hôpital le 10 février 1935, sa T.A. se maintien toujours à 18-12.

OBSERVATION VIII

Mlle N..., 34 ans, pédicure. Vient consulter le 12-2-35, pour des troubles menstruels : irrégularités dans l'apparition et abondance des règles.

Ces troubles sont apparus il y a environ un an, s'accompagnant de douleurs dans la région lombaire ; la malade en se levant se sent comme enkylosée.

Antécédents : rien à signaler, sauf une bronchite l'an dernier, une grippe il y a 15 jours. La malade a eu beaucoup d'ennuis qui l'on rendu très émotive ; elle éprouve souvent des palpitations ; a grossi depuis ses troubles mentruels.

Examen : cœur : bruits assourdis ; pas de souffle ;
poumons : à la base droite râles muqueux ; réflexes : n. ;
urine : ni sucre, ni albumine. T.A. : 17-12.

OBSERVATION IX

M. M..., 26 ans. Vient consulter le 8-10-35 pour douleurs précordiales, dont il souffre depuis l'âge de 14 ans. A caractères aiguës, ces douleurs s'accompagnent d'angoisse et se propagent peu (parfois vers l'épaule ou vers le bras), pas d'horaire fixe, parfois dyspnée, vertiges, troubles digestifs.

Antécédents : rien à signaler, sauf que la mère a été traitée pour hyperthyroïdie.

Examen : arythmie ; par ailleurs, négatif. T.A. : 17-9.
Tr. : pilules de Meglin.

OBSERVATION X

M. S... P..., 35 ans, mécanicien. Vient consulter le 15-12-34 parce que depuis longtemps déjà : céphalée, crampes, voile devant les yeux, polakiurie nocturne. T.A. : 24½-16 il y a un mois et demi.

Depuis : crises de douleurs précordiales, survenant à la suite d'un ennui, peur, diminution de la force musculaire au m. s. g.

Examen : Cœur : éclat du deuxième bruit à la base, pas de clangor vrai ; ébauche de galop depuis quelques jours. T.A. : 22-16.

Foie : n. ; poumons : n. ; pas de stigmates de spéci-

ficité ; ni Argyll ; ni leucoplasie ; réflexes : n. ; urines : ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION XI

M. Ble... 37 ans, représentant. Envoyé par M. Lecomte, vient consulter le 1-10-35.

Antécédents : Phlegmon de l'amygdale ; otites en 1931 ; albuminurie ; oedèmes malléolaires.

— Hématuries en 1931, d'origine inconnue, pendant 4 mois, 5 jours par mois.

— Gazé de guerre.

— Congestion pulmonaire en 1916.

— Pas de spécificité.

Vient consulter pour une douleur à type de piquêr dans la région précordiale, sous le mamelon. Douleurs continues depuis un mois et demi, exagérées lorsque le malade lève le bras gauche. Pas de palpitation, pas de dyspnée, pas d'oedème malléolaire.

Examen : Cœur : bruits réguliers, un peu claqués à la base. T.A. : 20-16. Poumons : n. ; foie paraissant normal, non douloureux. Fatigue générale, surtout le matin. Appétit conservé, pas de troubles digestifs.

Urines : sucre : 0 ; albumine : +. Sang : urée : 0,40 ; B.W. : négatif.

OBSERVATION XII

M. M... L..., prof. : représentant ; âge : 26 ans. Vient consulter le 13-7-35, parce que :

— A eu un malaise.

— A de la dyspnée d'effort.

A l'examen :

Cœur : n. T.A. : 19-10.

Foie : n. Poumons, rate : n.

Urines : n. Réflexes : n.

Aucun antécédent notable. B.W. à faire.

OBSERVATION XIII

Mme Bl..., 28 ans.

Nous est envoyée par son médecin oculiste qui a diagnostiqué un spasme de l'artère centrale de la rétine, la tension étant de 17-9, il croit un traitement à l'acétylcholine nécessaire.

La malade vient nous voir le 24-4-34. Depuis le mois d'août elle se sent fatiguée, souffre de maux de tête, perte de l'appétit et du sommeil, asthénie, palpitations. Actuellement elle a des douleurs dans l'orbite, sensation de brouillard, vertiges.

Antécédents : Dans la famille nombreux cas d'accidents artérielles, hémorragies cérébrales.

Examen : Cœur : souffle systolique, rapeux, à la base ; poumons : n. ; foie : un peu gros et sensible.

Réflexes : n. ; urines : n. Urée sanguine : 0 gr. 37. T.A. : 16-8.

Examen radioscopique :

Cœur globuleux médian, débordant nettement à droite, avec augmentation de volume de l'oreillette gauche.

Diaphragme gauche gêné par augmentation importante de la poche à air gastrique.

Ombres hilaires un peu claires, aorte normale.

Le 3-6-34. — Les palpitations persistent, caphalées, fatigue, insomnie, nervosité. Examen du cœur : régulier ; deuxième bruit un peu claqué à la base, le souffle est peu net. Le reste de l'examen est négatif. T.A. : 15½-10.

OBSERVATION XIV

Mme Four..., 24 ans.

2-12-35. La malade enceinte de 8 mois ½ est envoyée par la clinique Baudeloque pour le cœur. Deuxième grossesse.

Depuis l'âge de 17 ans la malade se plaint de :

— Palpitations très intenses, avec sensation d'angoisse, manque d'air, surtout nocturnes.

— Essoufflement à l'effort.

Tous ces troubles sont augmentés par les émotions et surtout depuis le début de la grossesse.

Antécédents : A eu cette année un rhumatisme à l'épaule droite, qui a duré deux mois, sans fièvre.

Examen : cœur : pointe abaissée ; souffle systolique de la pointe ; roulement diastolique ; accentuation du deuxième bruit plutôt que dédoublement. T.A. : 18-12. Pas d'albumine.

OBSERVATION XV

M. Kr..., 28 ans, peintre.

Vient consulter le 12-3-35 pour :

— Palpitations, datant depuis trois mois environ, exagérées à l'effort.

Antécéd. pers. : Rh. gono.

Antécéd. fam. : Accidents cardio-vasc. chez les ascendants.

Examen : cœur : n. Le reste de l'examen : n. T. A. : 17-11. B.W. : négatif.

OBSERVATION XVI

Bon..., 14 ans, lycéen.

Consulte le 12-3-35, pour :

— Palpitations ; dyspnée d'effort, et qui sont apparus il y a deux ans, à la suite d'une chute (?).

A l'examen : cœur : rapide ; arythmie respiratoire ; érétisme cardiaque ; pas de souffle. T.A. : 17-8.

Poumons : n. ; foie : n. ; pas d'antécédents rhumat.

— Absence d'appendice xyphoïde ;

— Grand-père tabétique ;

— Mère, aucun signe de spécificité.

OBSERVATION XVI

M. P..., 20 ans.

Vient consulter le 17 novembre 1934, à la suite d'un refus de place de conducteur de voiture, le médecin lui ayant trouvé une faiblesse du cœur et une hypertension.

— Il ne présente aucun trouble fonctionnel, si ce n'est un léger essoufflement.

Examen du cœur : pointe légèrement déviée ; éclat du deuxième bruit au foyer pulmonaire ; tachycardie.

T.A. : 21-8.

Aspect hypothyroïdien.

Rien à signaler dans ses antécédents.

Urine normale. Urée sanguine : 0,48.

OBSERVATION XVII

Mlle Men..., 40 ans, infirmière.

Consulte le 15-9-35.

Malade venant pour :

— Palpitations avec angoisse ; tachycardie souvent à l'effort ; un peu d'essoufflement en montant l'escalier.

— Jamais d'accident la nuit, non plus, lorsqu'elle est au repos, à la campagne, par exemple ; très nerveuse.

— Bien réglée. Se plaint de douleurs rhumatismales à l'épaule.

Antécédents : Scarlatine à 11 ans ; albumine : + ; angines fréquentes.

Examen : cœur : galop ; foie, poumons : n. ; Alb. : 0 ; Sucre : 0. T.A. : 19-13.

Diagnostic : hypertension avec début de galop, décompensation. Tr. : digitaline.

29 octobre. T.A. : 16-10 ; rythme à trois temps ; extrasystoles.

10 décembre. Revient améliorée avec moins de palpitations et de céphalée, mais a maigri de 5 kilos.

Examen : pouls à 100 ; cœur : léger galop ; poumons, foie : n. T.A. : 17-11.

OBSERVATION XVIII

Mme Ra..., 46 ans.

Entre dans le service le 30 octobre 1934 pour hypertension artérielle. Traitée sans résultat intéressant, car,

continue à avoir ses crises paroxystiques. Est transférée le 2-1-35, dans un service de chirurgie où elle subit une surrenalectomie gauche. T.A. avant l'intervention est de 32-13 ; après l'intervention, T.A. : 24-7.

Est retransmise dans notre service le 2-2-35.

Malade extrêmement asthénisée, ne peut subir aucun interrogatoire.

Présente de la diarrhée incoercible, un pouls rapide, la température au-dessous de la normale, à 36,2, il y a également collapsus tensionnel, T.A. : 16½-8. Malgré tout traitement, la malade meurt le 13 février 1935.

OBSERVATION XIX

Mlle Pc... I..., 16 ans.

13-7-35. Traitée à St-Louis (service de M. Milian), pour vitilligo (depuis deux ans), nous est envoyée pour examen du cœur.

Troubles fonctionnels :

— Céphalée intense.

— Légère dyspnée d'effort.

Antécéd. fam. : quelques cas de morts subites dans la famille.

Antécédents personnels : rien à signaler, pas de rhumatisme.

Auscultation du cœur : petit frémissement. T.A. : 17-7.

Radioscopie : transparence normale des deux sommets, qui sont très vastes, légère adénopathie, trachéo-bronchique bilatérale. Augmentation du volume de l'oreillette gauche avec un certain élargissement des vaisseaux de la base.

CONCLUSIONS

En somme, nous avons vu que l'hypertension, si elle n'est pas fréquente chez les jeunes, est moins rare qu'on la croit généralement, et elle le serait encore moins, si l'on prenait la tension, systématiquement, à tout malade, à tout consultant e même chez les enfants, car, il est permis de se demander, si les hypertensions isolées de l'enfance, généralement passées inaperçues, ne sont pas le stade initial des fortes hypertensions observées plus tard chez les adolescents et les adultes jeunes.

L'hypertension passagère de décompensation cardiaque obéit aux tonicardiaques, si non, aussi bien que pour une lésion rénale, les malades seront en danger du fait de leur décompensation cardiaque ou de leur néphrite et non du fait de leur hypertension.

En ce qui concerne l'hypertension chez les hérédosyphilitiques, elle ne semble pas de très mauvais aloi : on ne voit presque jamais éclater ces accidents cardiaques, rénaux ou cérébraux, qui font de l'hypertension une si redoutable affection chez l'homme d'âge mûr.

L'intensité des troubles fonctionnels accompagnant l'hypertension est souvent un facteur de mauvais pronostic.

La constatation d'un bruit de galop, de souffles fonctionnels assombrit le pronostic. De même pour les extrasystoles, la tachycardie permanente.

Si la coexistence d'hypertension et de syphilis est un facteur de gravité, l'hypertension précoce de la syphilis acquise est le plus souvent influencée par le traitement spécifique.

Une hypertension d'origine centrale (excès de pression intracrânienne, excitation des centres cérébraux), très rare, disparaît avec le facteur d'hypertension intracrânienne.

L'hypertension acrodynique cède aux rayons ultraviolets.

Une hypertension qui résiste à tout repos, hygiène et régime stricte, qui ne présente aucune amélioration est aussi grave qu'une hypertension progressive.

Aussi le degré de la minima est-il d'une grande importance ; si sa hauteur coïncide avec une baisse de la maxima, traduisant un fléchissement cardiaque, le pronostic est des plus graves.

En ce qui concerne l'hypertension isolée, quand elle est d'origine inconnue, génératrice de graves accidents, elle est redoutable.

Reste le facteur hérédité. Il est d'une grande importance. Nous avons vu l'importance que lui attribuent les différents auteurs. On est souvent impressionné par le grand nombre des membres d'une même famille, morts par urémie, hémorragies cérébrales, oedème aiguë du poumon, morts subites et précoces. Eh bien, le pronostic pour ces malades, où l'examen n'a pu déceler aucune cause d'hypertension passagère et où l'interrogatoire révèle des hypertensions chez les ascendants, il est des plus facheux.

Enfin, l'examen sphymomanométriques seul, très précieux en lui, n'est pas toujours suffisant pour établir un pronostic ; il doit être complété par l'exploration du cœur et des vaisseaux, du rein, par un examen de laboratoire.

Evidemment, du point de vue thérapeutique, de ces quelques notions que nous rapportons, on ne pourra tirer aucun bénéfice, mais, nous croyons qu'il n'est pas de même du point de vue pronostic, qui, à lui seul, justifie cette étude.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMBARD. — L'hypertension suivant l'âge (Paris Médical, 15-6-23).
- BABONNEIX-A. THEVENARD. — Hémihypertonie infantile. (Gazette des Hôpitaux, 9-5-31).
- BONNOT. — Troubles de la tension chez les syphilitiques (Thèse de Paris 1924).
- BRENNIEL. — L'hypertension d'origine syphilitique chez les enfants (Thèse de Paris 1924).
- BRONARDEL-GIROUX et BONNOT. — Hypertension artérielle syph. secondaire, Paris-Médical, août 1913.
- DOKIADES. — Hypertonie und Hypotonie im Kindesalter (Ztschr. f. Kinderh. 53 : 366-385-1932).
- FAEBER. — Zur Frage der chronischen Blutdrucksteigerung in Kindesalter (Mach. Kinderheilkunde, 42-41/5).
- GENEVRIER. — L'hypertension artérielle d'origine hérédosyphilitique chez l'enfant. (La pédiatrie pratique n° II, 15-4-31).
- Hypertension artérielle infantile, stigmate d'hérédosyphilis (Bul. Méd. II, 14-2-25).
- GENEVRIER et BRENNIEL. — Hypertension artérielle infantile et hérédosyphilis (Société de Péd., 8-7-24).

HODANGER. — Contrib. à l'étude des hyp. art. des adultes jeunes (Thèse, Paris 1930).

LAUBRY. — L'hypertension. Traité des maladies du cœur et des vaisseaux.

— Clinique de l'hypertension (Evian Médical, janvier 1930).

MAGNIEL. — L'hypertension du jeune âge (Paris-Médical 1924, LIII, 20 septembre).

NOBECOURT. — L'hypertension artérielle permanente dans l'enfance (Concours Médical, 6-2-27).

— Hypertension artérielle permanente chez une enfant de 13 ans (Bull. de la Soc. de Péd. de Paris, N° I, 2-1-27).

PELISSIER. — L'hypertension artérielle infantile, fréquence et valeur (La Médecine, N° 2, août 1927).

— L'hyp. art. inf., fréquence et valeur (La Pédiatrie Pratique N° 2, 15-1-28).

PIERRET R., LEFEBURE G. — L'hypertension artérielle chez l'enfant (L'Echo Méd. du Nord, N° 45, 11-11-34).

RETTENMAYER E. — Die Frage der essentiellen Hypertonie im Kindesalter (Arch. f. Kinderh, 95 : 41-55-30 nov. 1931).

SARAGEA. — Hypertensiunea arteriala juvenila (Romania medicala, 15-12-28).

WALKS K. — Ueber die hypertension Jugendlicher, (Med. Klin, 28-712-715, 20 mai 1932.
